

Lista de términos definidos



Lista de términos definidos

Afiliado

Uno de los miembros de su familia afiliado a Healthy Families Program.

Año de beneficios

El período de 12 meses entre el 1º de julio y el 30 de junio.

Apelación

Pedir la reconsideración de una decisión de Healthy Families Program.

Arbitraje obligatorio

Un acuerdo entre algunos planes de seguro y los afiliados para que las disputas de atención médica sean revisadas por una persona neutral. Despues de revisar todos los datos y de escuchar a ambas partes, la persona neutral toma una decisión. Ambas partes acuerdan aceptar la decisión.

Asistente certificado para solicitudes (CAA)

Persona capacitada para ayudarlo de manera gratuita a llenar la solicitud para Healthy Families Program.

Autorizado

Que reúne todo los criterios para participar en el Programa Healthy Families.

Aviso de La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA)

El aviso de HIPAA menciona los

meses autorizados para su hijo sobre cobertura acreditable mientras esté inscrito en el programa para propósitos de calificar a su hijo para otra cobertura de seguro de salud, después que usted deje Healthy Families. Si su hijo tiene 18 meses de cobertura en Healthy Families, esta cobertura acreditable puede utilizarse para cancelar cualquier Exclusión de condición pre-existente o periodos de espera cuando se cambia de Healthy Families a un plan de seguro nuevo. (Véase la página 29)

Beneficios

Los servicios médicos, dentales y de la vista que recibe su hijo bajo Healthy Families Program.

Cancelación de inscripción

La terminación de la afiliación a Healthy Families Program.

Cobertura

Los servicios proporcionados por un plan de seguros que participe en Healthy Families Program.

Consultas infantiles de rutina

Servicios médico, dental y de la vista, como inmunizaciones y exámenes físicos, dentales y de la vista. Estos chequeos son necesarios para ayudar a las familias a mantenerse saludables.

Lista de términos definidos

Copago

El pago que el afiliado hace al momento de recibir ciertos servicios, como consultas médicas y medicamentos de receta.

Cuota

La cantidad que se debe todos los meses por los niños afiliados a Healthy Families Program.

Dentista personal

El dentista elegido por el solicitante que estará a cargo de la atención dental de la familia.

Determinación de Eligibilidad

Una decisión que reúne todos los requisitos para calificar una cobertura en el Programa Healthy Families ya sea que estos se cumplan o no.

Evidencia de Cobertura (EOC)

Folleto que los planes de visión, dental y de salud envía a los nuevos inscritos que contiene información detallada acerca de los beneficios del Programa Healthy Families, como obtener beneficios, y los derechos y responsabilidades de los miembros del Programa Healthy Families.

Exclusión

Un servicio o padecimiento que no está cubierto por un plan de seguros bajo Healthy Families.

Fecha de aniversario

Es la fecha en que comenzó la

cobertura de una persona en Healthy Families Program.

Fecha Efectiva de Cobertura

El primer día un suscriptor puede empezar ha utilizar los servicios en el programa de servicios de salud.

Formulario de reevaluación de cuota

El formulario puede presentarlo un solicitante cuando hayan cambiado sus ingresos o deducciones para averiguar si Healthy Families Program puede reducir las cuotas mensuales. El formulario también puede usarse para pedir que la solicitud sea enviada a Medi-Cal Program para una determinación de derechos a Medi-Cal sin costo.

Fuera de la red

Un servicio proporcionado por un médico, dentista u otro proveedor que no tiene contrato con el plan de seguros de su familia.

Guía de Comparación de Plan de calidad

Una guía que entrega un resumen del desempeño de los planes de participación de salud y dentales al proporcionar atención y servicios al cliente para los miembros de Healthy Families.

Ingresos del hogar

El total de ingresos de los miembros de la familia dentro del hogar después de las deducciones requeridas y antes de los impuestos.

Lista de términos definidos

Inscripción abierta (OE)

Un período de tiempo (del 15 de abril al 30 de mayo todos los años) en que una familia puede solicitar un cambio de plan de seguros por cualquier motivo. Comienza el 1º de julio

Ley general consolidada de reconciliación de presupuesto (COBRA)

COBRA es la ley federal que ofrece a las personas, bajo ciertas circunstancias, el derecho a continuar su cobertura en un plan de seguro médico para empleados, por un tiempo limitado.

Ley para los Americanos con Discapacidad (ADA)

La sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973 que establece que ninguna persona discapacitada, será sobre las bases de discapacidad, excluida de la participación, o de algún otro modo quedará sujeta a la discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba o se beneficie de la asistencia financiera federal. (véase la página 36)

Medi-Cal con costo compartido

Un programa de Medi-Cal que exige al afiliado pagar cierta cantidad de los gastos médicos todos los meses antes de cubrir beneficios. El costo compartido está basado en los ingresos mensuales.

Medi-Cal de alcance completo sin costo

El programa Medi-Cal que paga por todos los servicios sin requerir ningún pago o copago del afiliado.

Médico personal

El médico, elegido por el solicitante, que estará a cargo de la atención médica de su familia y quien preautorizará las consultas a los especialistas como sea necesario.

Menor

Niño menor de 18 años de edad.

Organización de mantenimiento de la salud (HMO)

Un sistema organizado que ofrece un conjunto de servicios de atención médica a los afiliados del plan en un área geográfica.

Organización de proveedores exclusivos (EPO)

Un plan de seguro médico en el cual los afiliados deben obtener atención de una lista de proveedores contratados. Una EPO no requiere que usted elija un médico personal. Los afiliados también pueden autorizarse ellos mismos para ver un especialista en la red de contratos de la EPO.

Lista de términos definidos

Padecimiento preexistente

Cualquier padecimiento diagnosticado antes de la inscripción en Healthy Families Program, para el cual un practicante médico autorizado recomendó o proporcionó consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento, incluyendo el uso de medicamentos de receta durante ese período.

Patrocinador

Una persona o entidad inscrita en la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board (MRMIB) y que paga la cuota de una familia a nombre de un solicitante por cualquier período de doce (12) meses en el programa.

Pautas de ingresos federales (FIG)

Las Pautas de ingresos federales son las cantidades de dinero que el gobierno federal dice que una familia necesita para satisfacer sus necesidades básicas. La pauta cambia el 1º de abril de cada año.

Plan de Población Especial

Una combinación del plan de visión, dental y de salud disponible para los Indios Americanos y también familias empleadas en trabajos estacionales en agricultura, pesca, o forestal. Ésta combinación de planes está disponible en todo el estado y le permite mantener los mismos planes de visión, dental y de salud, incluso si se traslada

alrededor del estado debido a los trabajos estacionales.

Plan de seguros

Una compañía de servicios médicos, dentales y de la vista que ofrece cobertura a los afiliados.

Plan proveedor comunitario

El plan de seguro médico del condado que ha realizado la mejor labor para incluir proveedores tradicionales y de red de protección. Los proveedores tradicionales y de red de protección son los médicos, clínicas y hospitales que han proporcionado atención médica a las familias sin seguro.

Programa Acceso para bebés y madres (AIM)

Este programa es para mujeres embarazadas con ingresos familiares entre el 200% y el 300% de las Pautas de ingresos federales. El hijo de una madre inscrita en AIM automáticamente reúne los requisitos para Healthy Families Program.

Programa Medi-Cal 133%

Este programa es para niños de 1 a 6 años de edad con ingresos familiares hasta el 133% de las Pautas de ingresos federales.

Reúne los requisitos

Un niño que satisface todos los requisitos para la cobertura de Healthy Families Program.

Lista de términos definidos

Revisión anual de requisitos (AER)

El proceso anual de confirmación de derechos continuos de Healthy Families Program.

Seguro médico patrocinado por el patrón

Un beneficio ofrecido por el patrón, a bajo costo o sin costo para sus empleados, que incluye la cobertura del plan de salud.

Servicios infantiles de California (CCS)

Este programa ofrece servicios de diagnóstico, tratamiento y administración de casos a niños menores de 19 años de edad con padecimientos médicos, visión, y dentales que cumplan con los criterios médicos y residenciales de derechos de CCS.

Solicitante

El padre natural o adoptivo, tutor legal o pariente a cargo o padrastro con quien vive un niño que solicita la cobertura a nombre del niño. El solicitante también puede ser menor que no viva en la casa de sus padres naturales o adoptivos, tutor, pariente a cargo, padre de crianza o padrastro que solicite la cobertura a nombre de su hijo o para sí mismo.

Notas

Notas
